



## **Phoenix EMA Consejo de Planificación VIH Título I/Ryan White**

### **Solicitud de Membresía**

El Consejo de Planificación es un grupo comunitario autorizado por la ley federal y nombrado por la Junta de Supervisores del Condado Maricopa para planear la organización y entrega de servicios bajo la Ley de CARE (“Cuidados”) Ryan White, Título I VIH en el Area Metropolitana Elegible de Phoenix (EMA). El EMA de Phoenix comprende de los Condados Maricopa y Pinal.

Solamente los miembros del Consejo de Planificación tienen el privilegio de voto, pero las juntas del Consejo de Planificación están abiertas al público y se exhorta a todos a asistir y participar. El Consejo de Planificación se reúne mensualmente los jueves (normalmente el segundo jueves del mes) de 4:00 p.m. a 6:00 p.m.

#### **COMPOSICION DEL CONSEJO DE PLANIFICACIÓN**

La legislación de la Ley de CARE Ryan White y las Reglas del Consejo de Planificación requieren que ciertas categorías de representación estén presentes en el Consejo de Planificación y que por lo menos 33% de los miembros del Consejo sean personas que viven con VIH. También, se requiere que la composición demográfica del Consejo de Planificación refleje la demografía de personas que viven con VIH en el EMA de Phoenix.

#### **DEBERES Y RESPONSABILIDADES DE LOS MIEMBROS DEL CONSEJO Y LOS COMITES**

- Obtener conocimiento práctico de la Ley de CARE Ryan White.
- Entender y cumplir con las Estatutos, políticas y procedimientos del Consejo de Planificación.
- Asistir a las juntas programadas del Consejo y/o de los comités. Los miembros del Consejo y de los Comités están sujetos a los estándares de asistencia establecidos por el Consejo.
- Asistir a las sesiones requeridas de orientación y entrenamiento.
- Someter una forma de Conflicto de Interés llenada cada seis meses.

#### **COMO SOLICITAR LA MEMBRESIA**

- Llene esta solicitud de membresía, incluyendo la Declaración de Compromiso del Miembro.
- Envíe la solicitud llenada a Planning Council Support (Apoyo del Consejo de Planificación), 1845 E. Roosevelt Street, Phoenix, AZ 85006, o envíe por fax su solicitud llenada al (602) 506-6885. Si tiene usted alguna pregunta, comuníquese con el personal de Apoyo del Consejo de Planificación al (602) 506-5002.

#### **DECLARACION DE CONFIDENCIALIDAD**

Toda la información en esta solicitud se mantiene confidencial y es vista sólo por el personal de Apoyo del Consejo de Planificación, el Comité de Membresía, y/o el Comité Ejecutivo durante el proceso de nombramiento. Los nombres son cubiertos durante el proceso de selección de candidatos. Las solicitudes son archivadas por seis meses.



## Consejo de Planificación EMA de Phoenix Solicitud de Membresía

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_  
(Letra de Imprenta)

Dirección: \_\_\_\_\_  
Domicilio (Calle y número) (Ciudad) (Código Postal)

Teléfono (casa): \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Teléfono (trabajo): \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

- ¿Podemos llamarlo a su trabajo?  no  sí
- ¿Le podemos enviar por fax materiales relacionados con VIH/SIDA al número de fax de arriba?  no  sí
- ¿Le podemos mandar información relacionada con VIH/SIDA a la dirección email de arriba?  no  sí

*Favor de firmar con iniciales para verificar su autorización para contactar: \_\_\_\_\_*

### Género:

- Masculino
- Femenino
- Otro

### StatusVIH:

- Negativo
- Positivo
- Declino decir
- Desconocido

### Si Positivo para VIH, Edad al Diagnóstico:

- Menor de 13 años
- 13-24 años
- 25-44 años
- 45-64 años
- 65 años o más

### Etnicidad:

- Hispánica o Latina
- No-Hispánica o No-Latina
- Desconocida

### Raza:

- Blanca
- Negra o Afroamericana
- Asiática
- Indígena Hawaiano/Isleño del Pacífico
- IndioAmericano o Indígena de Alaska
- Más de una raza
- Desconocida

¿Ha usado alguno de los servicios Ryan White Título I en los últimos seis meses?  
 no  sí  no sé

¿El VIH le afecta a usted directamente (miembro de la familia positivo paraVIH/pareja o atiende a alguien que vive con VIH)?  no  sí

¿Ha sido usted puesto en libertad de la cárcel o prisión en los últimos tres años?  no  sí

Si contestó sí, ¿resultó positivo para VIH cuando fue puesto en libertad?  no  sí

¿Es usted actualmente un empleado a sueldo, asesor (tiempo completo o tiempo parcial), o está usted en la Mesa Directiva de una organización de servicio de SIDA, organización con base en la comunidad, u otra organización donde trabaja directamente para servir a la comunidad de VIH/SIDA?  no  sí

Si contestó sí, ¿en dónde? \_\_\_\_\_

¿Es usted voluntario en una organización de servicio para SIDA, organización con base en la comunidad, u otra organización donde trabaja usted directamente para servir a la comunidad VIH/SIDA?  no  sí

Si contestó sí, ¿en dónde? \_\_\_\_\_

¿Cuáles de las categorías siguientes de representación del Consejo de Planificación representa usted? Marque todas las que correspondan.

- Proveedores de atención médica, incluyendo centros de salud acreditados federalmente.
- Organizaciones de servicio SIDA, organizaciones con base en la comunidad sirviendo a poblaciones infectadas.
- Proveedores de servicios sociales, incluyendo proveedores de vivienda y servicios para los sin hogar.
- Proveedores de atención a la salud mental.
- Proveedores para los que abusan de sustancias.
- Agencias de salud pública locales.
- Agencias de planificación de hospitales o agencias de planificación para atención médica.
- Comunidades afectadas, incluyendo personas que viven con VIH y poblaciones que históricamente no son servidas suficientemente.
- Líderes comunitarios no electos.
- Agencia Medicaid Estatal/AHCCCS.
- La Ley de CARE, Título II.
- La Ley de CARE, Título III (y un empleado del Sistema de Salud Integrado de Maricopa).
- La Ley de CARE, Título IV, u organizaciones que operan en el área con antecedentes de servir a niños, jóvenes y familias con VIH.
- Comunidades infectadas previamente encarceladas.
- Beneficiarios bajo otros programas federales para VIH, incluyendo proveedores de servicios de prevención del VIH.

Díga de manera breve, ¿por qué quiere ser miembro del Consejo de Planificación?

---

---

---

¿Requiere usted comodidad especial para poder participar completamente en las actividades del Consejo (es decir, asistencia para transporte, acceso a silla de ruedas, servicio de traducción, etc.)?  no  sí

Si contestó sí, ¿qué necesita usted? \_\_\_\_\_

¿Cómo supo usted del Consejo de Planificación?

- De palabra
- Periódico
- Revista
- Organización de servicios SIDA u organización con base en la comunidad
- La Website del Consejo de Planificación
- Otra: \_\_\_\_\_

### DECLARACION DE COMPROMISO DEL MIEMBRO

He estudiado la información sobre los deberes y responsabilidades de los miembros del Consejo de Planificación. Si soy seleccionado como miembro del Consejo de Planificación, me comprometo a lo siguiente:

- **A servir en el Consejo.**
- **A participar en las juntas del Consejo de Planificación y/o Comités del principio a fin.**
- **A prepararme para las juntas leyendo cuidadosamente todos los materiales distribuidos con anticipación.**
- **A proporcionar información al Consejo con respecto a necesidades y prioridades para la planificación y distribución de recursos.**
- **A hacer recomendaciones considerando la comunidad VIH en su totalidad, y no de intereses especiales o perspectivas personales.**
- **A revelar cualquier conflicto de interés que pueda yo tener relacionado a los asuntos que se presenten ante el Consejo y/o Comités.**

Entiendo que el personal de Apoyo del Consejo de Planificación revisará la información arriba y, durante el proceso de postulación, el Comité de Membresía y/o el Comité Ejecutivo revisarán esta solicitud con mi nombre cubierto.

He considerado mis compromisos personales y profesionales, y no anticipo que sean una barrera para mi participación total en el Consejo de Planificación.

Yo certifico que todas las declaraciones y representaciones hechas en esta solicitud son la verdad y correctas.

Nombre: \_\_\_\_\_  
(Favor de escribir en letra de imprenta)

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_